



GOVERNO DE
MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
"CARLOS ALBERTO REYES MALDONADO"
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES – JANI VANINI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GEOGRAFIA



ANEXO VI

MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Identificação do candidato à vaga para pessoa com deficiência

Nome:

Nome Social:

Data de Nascimento:

Gênero:

RG:

UF/RG:

CPF:

Telefone:

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

E-mail:

Identificação do médico responsável

Nome do médico: Registro profissional (CRM): Local do atendimento:

Telefone:



GOVERNO DE
MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO
GROSSO "CARLOS ALBERTO REYES
MALDONADO"
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES –



Informações Médicas

Tipo de deficiência	Código Internacional de Doenças (CID) (listar todos os códigos necessários)
Deficiência Física	
Deficiência Auditiva	
Deficiência Visual	
Deficiência Intelectual	
Deficiência Múltipla	
Deficiência Surdo-Cegueira	
Transtorno do Espectro Autista	

Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga, bem como, o tipo de assistência para viabilização da participação no seletivo e no curso (aulas teóricas e práticas das disciplinas):

Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou digitado. O PPGGeo Unemat se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial.

O presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.

Local e data

Assinatura e carimbo com
CRM do médico

Assinatura do candidato(a/e) ou
representante legal (conforme documento
de identidade)